

**Ministère de la Famille  
de la Protection sociale et de  
la Solidarité  
MFPSS**

**Catholic Relief Services-Bénin  
CRS-Bénin**

**Cellule PAN**

**ETUDE DES EFFETS DU PROGRAMME ALIMENTAIRE NUTRITIONNEL A BASE  
COMMUNAUTAIRE SUR LA CONNAISSANCE, PRATIQUE ET COUVERTURE VACCINALE  
DANS LES ZONES D'INTERVENTIONS DES DEPARTEMENTS DU MONO ET DU COUFFO**

**Financement : United States Agency for International Development (USAID)**

**© Cotonou, Décembre 2001**

# TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
AVANT- PROPOS .....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES.....	vii
INTRODUCTION .....	1
Présentation de la zone d'étude .....	1
Objectifs de l'étude.....	1
Echantillonnage.....	1
Déroulement de l'enquête.....	2
PRINCIPAUX INDICATEURS .....	4
RESUME.....	6
<b>RESULTATS</b> .....	<b>1</b>
I-CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION .....	2
1.1. Age des mères et des enfants.....	2
1.2. Instruction et occupation des mères.....	3
II- ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION .....	3
2.1. Pratique des mères .....	3
2.1.1. Allaitement maternel.....	3
2.1.2. Initiation à l'allaitement maternel.....	3
2.1.3. Allaitement maternel exclusif.....	4
2.1.4. Introduction à l'aliment de complément .....	4
2.2. Connaissance des mères .....	5
2.2.1. Stimulation de la production laiteuse.....	5
2.2.2. Alimentation du jeune enfant .....	5
III- CROISSANCE PONDERALE .....	6
3.1. Existence de fiche de pesée .....	6
3.2. Suivi de croissance.....	6
IV – MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES .....	6
4.1. PRATIQUE .....	6
4.1.1. Prévalence et alimentation lors de la diarrhée.....	6
4.1.2. Prise en charge à domicile des maladies diarrhéiques .....	7
4.1.3. Maladies respiratoires .....	7
4.2. Connaissance des mères .....	7
4.2.1. Signes, symptômes et prise en charges de la diarrhée et des maladies respiratoires.....	7
4.2.2. Maladies respiratoires .....	8
V- SOINS MATERNELS .....	9
5.1 Pratique des soins maternels.....	9
5.1.1. Existence de carte ou carnet de santé maternelle et consultation prénatales. ....	9
5.1.2. Accouchement assisté .....	9
5.2. Connaissance des mères .....	9
6.1.- Situation de la couverture vaccinale.....	10
6.1.1. Vaccination des enfants.....	10
6.1.2. Couverture vaccinale antitétanique chez les mères. ....	10
6.2 Connaissance sur la vaccination.....	11

<b><i>DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES</i></b> .....	<b>12</b>
<b>CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES</b> .....	<b>13</b>
Age des mères et maternité à moindres risques .....	13
Instruction et occupation des mères.....	13
Allaitement maternel et alimentation du jeune enfant .....	13
Allaitement maternel .....	13
Alimentation du jeune enfant .....	16
Croissance pondérale .....	17
<b>MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES</b> .....	<b>19</b>
Maladies diarrhéiques.....	19
Alimentation des enfants lors de diarrhée.....	19
Allaitement maternel .....	19
Alimentation en liquide, aliment semi-solide et solide lors de la diarrhée.....	20
Utilisation de la TRO.....	21
<b>CONNAISSANCE DES MERES</b> .....	<b>21</b>
Soins maternels.....	22
Couverture vaccinale .....	23
<b>OBJECTIFS P.B.C. MONO COUFFO 2004</b> .....	<b>26</b>
<b>CONCLUSION.</b> .....	<b>28</b>

## **AVANT- PROPOS**

Le CRS/Bénin, une Organisation Volontaire Privée (PVO) dont le siège se trouve à Baltimore, soutient au Bénin depuis 1958, un programme national de Protection Sociale en partenariat avec le Ministère chargé des Affaires Sociales. Ce programme est soutenu par les ressources du Titre II du Gouvernement américain. Il s'agissait d'un programme d'assistance simple aux populations les plus à risque sur le plan de la sécurité alimentaire. L'activité principale de ce programme était la distribution des vivres importés des Etats-Unis d'Amérique sous forme d'assistance alimentaire.

A partir de 1982, le CRS-Bénin a décidé en accord avec le Gouvernement du Bénin, d'utiliser une partie importante de ces ressources pour soutenir un programme social (Santé – Nutrition) au lieu du programme d'assistance simple dont l'impact était difficile à cerner. Le nouveau programme intitulé Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN) a été mis en oeuvre dans les Centres de Promotion Sociale (CPS) et Centres d'Education Nutritionnelle (CEN) sur toute l'étendue du territoire national. En 1997, l'approche communautaire a été retenue par les deux partenaires afin d'assurer un transfert de compétence et susciter une participation communautaire gage d'une durabilité des interventions.

C'est à la suite de l'enquête de base réalisée en 1998 dans les communautés bénéficiaires du programme dans le Mono et le Couffo que la présente étude a été menée. Pour que cette étude soit conduite de façon technique et scientifique, les structures suivantes ont apporté leur précieux concours : CRS, C/PAN, Direction de la Protection Sociale du Mono et du Couffo (DDFPSS), la Direction de la Santé Familiale (DSF), la Direction Nationale de La Protection Sanitaire (DNPS/SIEC), la DPP/SS-DRO et l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP).

L'enquête a été conduite selon la méthodologie mise au point par le Département de l'Hygiène et de la Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (USA) qui recommande de responsabiliser les différents services impliqués dans le programme de santé maternelle et infantile dans la conduite de cette enquête.

Le présent document a été rédigé par BALOGOUN C. Edouard. ZANOUE Elisabeth en assuré la lecture.

Le CRS-Bénin saisit cette occasion pour remercier vivement les personnes et différentes institutions pour leurs contributions à la conception, la préparation et la conduite de cette étude et est disposé à l'améliorer par leurs contributions et observations notamment :

M S P/DSF

MSP/DNPS

MPS/DPP/SS-DRO

M FPS S /DDS

IRSP

DDFPSS/Mono-Couffo

Le Préfet du Mono et du Couffo et les Sous-Préfets

Les Chefs de Villages des zones enquêtées

Tous les superviseurs et enquêteurs et Opératrices de saisie et le Personnel de soutien.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

AC	Animatrices Communautaires
AG	Assemblée Générale
BCG	Bacille Calmette-Guérin
C/PAN	Cellule Programme Alimentaire Nutritionnel
CPS	Centre de Promotion Sociale
CRS	Catholique Relief Services
CVDS	Comité Villageois de Développement Social
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DSF	Direction de la Santé Familiale
DTCP	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poly myélite
FIS	Fiche Individuelle de Suivi de Croissance
IEC	Information, Education, Communication
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
KPC	Knowledge, Practice and Coverage (Vaccination)
MCH	Maternal, Child Health (Santé Maternelle et Infantile)
MFPSS	Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité
MSP	Ministère de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAN	Programme Alimentaire et Nutritionnel
PBC	Programme à Base Communautaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PVO	Private Voluntary Organization
RMCH	Responsable de centre Maternal and Child Health
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Solution de Réhydratation Orale
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNESCO	United Nation Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNICEF	United Nation Children's Fund
USA	United States of America
VAT	Vaccin Anti Tétanique (Vaccin Anti Tétanique)

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 :	Répartition des mères par groupe d'âge.
Tableau n° 2 :	Répartition des enfants par groupe d'âge
Tableau n° 3 :	Répartition des mères selon la durée dans le programme
Tableau n° 4 :	Période à laquelle les mères initient l'allaitement maternel
Tableau n° 5 :	Type d'aliments donnés aux enfants
Tableau n° 6 :	Stimulation de la production laiteuse
Tableau n° 7 :	Connaissance des mères sur la composition de l'aliment de sevrage
Tableau n° 8 :	Pratique de l'alimentation des mères lors des épisodes diarrhéiques de leur enfant.
Tableau n° 9 :	Prise en charge de la diarrhée à domicile
Tableau n° 10 :	Signes ou symptômes obligeant une mère à demander conseil
Tableau n° 11 :	Connaissance des mères sur les importantes actions à prendre lors de la diarrhée de l'enfant
Tableau n° 12 :	Aliments à consommer pendant la grossesse pour éviter l'anémie.
Tableau n° 13 :	Situation de la vaccination DTCP I, DTCP II et DTCP III des enfants de 12 à 23 mois
Tableau n° 14 :	Evolution de la situation vaccinale
Tableau n° 15 :	Nombre de doses de vaccins anti-tétaniques reçus par les mères lors de la grossesse
Tableau n° 16 :	Connaissance des mères sur l'âge du Rouvax
Tableau n° 17 :	Rôle du VAT
Tableau n° 18 :	Nombre de doses de VAT requises pour une femme enceinte.

## **LISTE DES GRAPHIQUES.**

Graphique n°1 :	Initiation de l'allaitement maternel
Graphique n°2 :	Allaitement maternel exclusif entre 1998 et 2001
Graphique n°3 :	Pratique de pesée dans les communautés
Graphique n°4 :	Alimentation des enfants en liquide autre que le lait maternel lors des épisodes de diarrhées
Graphique n°5 :	Utilisation de la TRO.
Graphique n°6 :	Couverture vaccinale.

# INTRODUCTION

## Présentation de la zone d'étude

Les départements du Couffo et du Mono, zone de la présente étude sont situés au Sud-Ouest du Bénin. Le département du Couffo couvre 2404 Km<sup>2</sup> pour une population estimée à 532805 en 2001.

Le département du Mono s'étend sur une superficie de 2065 Km<sup>2</sup> et compte en 2001 d'après les projections démographiques de l'INSAE, 379250 habitants. Sur le plan hydrographie, les départements du Mono et du Couffo sont traversés par les fleuves Couffo, Mono et leurs affluents et le lac Ahémé essentiellement.

Les quatre saisons climatiques qui caractérisent ces départements sont favorables aux activités agricoles qui occupent la grande majorité de la population. Ainsi, on y cultive des céréales, des légumineuses et des cultures de rente telles que le coton et le palmier à huile.

C'est une zone où cohabitent plusieurs groupes ethniques dont les principales sont : Adja, Mina, Ouatchi, Kotafon Sahouè, Popo et Péda.

Possotomé, La Bouche du Roy et les Plages de Grand Popo sont des sites touristiques de la zone.

## Objectifs de l'étude

Comme toutes les enquêtes KPC, les résultats de celle-ci permettront de recueillir des informations relatives aux :

*1 - Connaissances et pratiques des mères dont les enfants sont âgés de 0 à 23 mois sur les principales menaces à la survie des enfants et à la santé maternelle*

- Allaitement maternel, sevrage et de l'alimentation des enfants
- Importance du suivi de croissance
- Prises en charge des maladies diarrhéiques et respiratoires
- Soins maternels

*2 - Messages d'éducation en santé appropriés pour les groupes cibles.*

*3 - Taux de couverture vaccinale pour les enfants âgés de 12 à 23 mois pour les vaccins du PEV*

La comparaison entre les différents ratios et ceux obtenus en 1998 permettra de mesurer les effets positifs et négatifs du programme sur la population cible et de se fixer des objectifs pour la prochaine étape.

## Echantillonnage.

L'échantillonnage consiste à sélectionner au hasard au moins 300 femmes vivant dans l'une des communautés ciblées par le Programme Alimentaire et Nutritionnel et ayant au moment de

l'enquête un enfant dont l'âge varie entre 0 et 23 mois révolus. Pour y arriver, on a procédé un tirage à deux degrés.

Au 1<sup>er</sup> degré, 30 communautés étaient tirées suivant la méthode du nombre au hasard qui consiste à choisir aléatoirement un nombre. La taille de la population sur laquelle porte l'étude étant connue, on détermine le pas (intervalle fixe à respecter entre deux tirages consécutifs). On cumule les effectifs des différentes communautés et la 1<sup>ère</sup> grappe est celle dont l'effectif cumulé est immédiatement supérieur ou égal au nombre au hasard.

Au 2<sup>nd</sup> degré, on choisit le 1<sup>er</sup> ménage par la méthode itinéraire. En effet, en l'absence d'une base de sondage et d'une opération de dénombrement, l'équipe de collecte conduite par deux superviseurs, choisissent en présence des autorités tire une localité. Ce tirage est généralement effectué par une autorité locale. Les superviseurs se placent au centre de la localité et l'aide d'une bouteille choisissent l'itinéraire et numérotent toutes les cases ou maisons se situant de part et d'autre de la voie. Enfin, on tire au hasard un nombre et à partir de la case choisie, l'enquête commence et se poursuit selon le principe de la case suivante ayant la porte la plus proche jusqu'à ce que le nombre requis par grappe soit atteint.

Au total, 356 mères d'enfants de 0 à 23 mois ont été enquêtées dans les 30 communautés.

Pour tester la significativité, le KHI-DEUX de PEARSON est calculé pour tous les principaux indicateurs. Il permet de mesurer la significativité des différentes modalités des variables retenues. Il faut rappeler que la valeur doit être inférieure à 10% pour juger de la significativité. Alors on peut dire avec 90% de certitude que les résultats que les résultats significatifs sont entre X et Y ( X et Y étant les bornes de l'intervalle de confiance). Ces calculs ont permis de voir si les progrès observés entre l'étude de base et celle des effets sont réellement dus au programme.

## **Déroulement de l'enquête.**

Les données ont été recueillies au niveau des unités secondaires sélectionnées conformément au plan de sondage.

### **Collecte des données.**

La collecte des données s'est déroulée du 17 au 19 septembre 2001 et a mobilisé 21 agents enquêteurs et 12 superviseurs. Chaque équipe de collecte est composée au moins de 3 enquêteurs et de 2 superviseurs.

Le personnel d'encadrement est composé du personnel de CRS, C/PAN MSP, MFPSS et de l'IRSP. Afin de mieux assurer le suivi de la collecte et la fiabilité des données, il a été mis sur pied un dispositif articulé autour des points suivants :

- **L'audit** : Le superviseur vérifie si les éléments d'identification (nom, âge...) sont remplis de façon lisible, vérifie la concordance entre la date de naissance et l'âge de l'enfant en mois et fait un contrôle de cohérence au niveau des questions. Cette opération se déroule sur le terrain immédiatement après que l'enquêteur aurait rempli le questionnaire.

- **La validation** : Elle se fait après l'audit et consiste à cocher d'un trait fort les réponses.

- **Le feed-back** : Le superviseur fait à l'enquêteur des observations et des remarques pertinentes après avoir suivi celui-ci en train de faire une interview ou après avoir audité un questionnaire. Il s'agit de renforcer les bonnes actions de l'enquêteur et de corriger les erreurs relevées.

Ce dispositif a permis de procéder au contrôle systématique de tous les questionnaires et d'établir les différentes cohérences au niveau de chaque module du questionnaire.

### **La saisie et le traitement des données**

La maquette de saisie a été construite sous Epi-Info. Deux opératrices de saisie ont effectué la double saisie, les données ont été comparées et corrigées. La tabulation a été faite en SPSS et les différents tableaux ont été tirés.

### **Méthode d'analyse et de discussion.**

Les différents résultats obtenus ont été comparés aux données de 1998 et aux objectifs fixés à l'étude de base par les différentes institutions intervenants dans le programme. Les résultats de l'enquête et les comparaisons faites avec d'autres données acceptées sur le plan international sont discutées par un groupe de travail composé des membres de l'équipe de conception, du personnel du CRS/Bénin et des Responsables de centres MCH. Ce groupe de travail a été reparti en 3 équipes conformément au thèmes suivants :

- Allaitement maternel/Nutrition et Suivi de la croissance des enfants
- Maladies diarrhéiques et maladies respiratoires
- Soins maternels et Couverture Vaccinale

Cet atelier de discussion de deux jours a amené les différentes équipes à analyser les résultats, formuler des recommandations et à fixer des objectifs pour la prochaine étape du programme.

## PRINCIPAUX INDICATEURS

INDICATEURS	1998 (%)	2001 (%)	p	s
<b>A – HABITUDES APPROPRIÉES DE NUTRITION DE L'ENFANT</b>				
1 – <i>Initiation de l'allaitement maternel</i> Enfants allaités au cours de la première heure après naissance	27	33	0,35	
2 – <i>Allaitement maternel exclusif</i> Enfants de 0 à 3 mois révolus exclusivement nourris au sein	15	32	0,004	**
3 – <i>Introduction des aliments</i> Enfants de 6 à 10 mois qui reçoivent en plus du lait maternel, des repas solides ou semi-solides comme la bouillie.	100	92	0,007	**
4 – <i>Persistance de l'allaitement maternel</i> Enfants de 20 à 23 mois qui sont toujours nourris au sein et recevant des aliments solides et semi-solides comme la bouillie	42	75	0,000	***
<b>B – PRISE EN CHARGE DES MALADIES DIARRHEIQUES</b>				
1 – <i>Continuation de l'allaitement maternel</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de lait maternel	80	85	0,35	
2 – <i>Continuation des liquides</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus de liquides autres que le lait maternel	72	73	0,87	
3 – <i>Continuation des aliments</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et ayant reçu la même quantité ou plus d'aliments	69	67	0,76	
4 – <i>Utilisation de la TRO</i> Enfants de 0 à 23 mois ayant eu la diarrhée au cours des 15 derniers jours précédant l'enquête et qui ont été traités à la TRO	59	79	0,002	**
<b>C - COUVERTURE VACCINALE</b>				
1 – <i>Accès au DTCP I</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I	69	94	0,000	***
2 – <i>Couverture vaccinale pour le DTCP III</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I, II et III	56	81	0,000	***
3 – <i>Couverture de rougeole</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	47	72	0,000	***
4 – <i>Enfants complètement vaccinés</i> Enfants de 12 à 23 mois ayant reçu le DTCP I, II III et le Rouvax	42	68	0,000	***
4 – <i>Taux d'abandon</i> Variation de taux entre le DTCP I et le DTCP III	13	13		
Variation de taux entre le BCG et le Rouvax	21	22		

<b>D – SOINS MATERNELS</b>				
<i>1 – Une ou plus de visites prénatales</i>				
Mères dont les carnets de santé montrent au moins une visite prénatale avant l'accouchement	<b>70</b>	<b>91</b>	<b>0,0001</b>	<b>***</b>
<i>2 – Couverture vaccinale antitétanique</i>				
Mères ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique pendant la grossesse	<b>81</b>	<b>75</b>	<b>0,305</b>	
<i>3 – Accouchement assisté</i>				
Mères ayant fait l'accouchement de leur plus jeune enfant en présence d'un agent de santé assermenté	<b>55</b>	<b>78</b>	<b>0,0005</b>	<b>***</b>
<b>E – INDICATEURS DE CONNAISSANCE</b>				
<i>1 – Taux d'instruction</i>				
Mères ayant été à l'école et pouvant lire	<b>90</b>	<b>87</b>	-	
<i>2 – Age de vaccination contre la rougeole</i>				
Mères sachant que le vaccin contre la rougeole se fait lorsque l'enfant est âgé de 9 mois	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>0,0136</b>	*
<i>3 – Protection par le VAT</i>				
Mères sachant que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>0,007</b>	<b>***</b>
<i>4 – Visites prénatales</i>				
Mères sachant que la visite prénatale doit s'effectuer dès le premier trimestre de la grossesse	<b>64</b>	<b>75</b>	<b>0,091</b>	-
<b>F – SUIVI DE CROISSANCE</b>				
<i>1 – Mères ayant présenté une carte de suivi de croissance</i>	<b>52</b>	<b>65</b>	<b>0,06</b>	*
<i>2 – Mères ayant pesé leur enfant au moins une fois les 4 derniers mois</i>	<b>29</b>	<b>86</b>	<b>0,000</b>	<b>***</b>
	<b>15</b>	<b>83</b>	<b>0,000</b>	<b>***</b>
<i>3 – Mères ayant pesé leur enfant au moins une fois les 2 derniers mois</i>	<b>13</b>	<b>68</b>	<b>0,000</b>	<b>***</b>
<i>4 – Cartes de suivi de croissance PAN</i>	<b>13</b>	<b>69</b>	-	-

## RESUME

*L'enquête d'évaluation sur la connaissance, la pratique des mères en santé maternelle et infantile et sur la couverture vaccinale des enfants de 0-23 mois, nous a permis de mesurer les progrès réalisés au niveau de certains indicateurs de survie de l'enfant après trois années d'interventions dans les communautés cibles du Mono et du Couffo.*

*De manière générale, les données collectées dans le cadre de cette étude font ressortir que :*

*Le niveau d'instruction reste très faible ; seulement 5% des mères peuvent lire le français ou la langue locale. La majorité, 97% des femmes enquêtées exerce une activité génératrice de revenu.*

*Les indicateurs sur l'allaitement maternel et de l'alimentation de l'enfant montrent que :*

- 80% des mères initient l'allaitement maternel dans les huit heures qui suivent l'accouchement contre 56 % en 1998.*
- 32% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif contre 15% en 1998 pour un objectif de 35%.*

*Par rapport à la prise en charge à domicile de la diarrhée, on note que 85% des mères continuent de donner à l'enfant malade au moins autant du lait maternel qu'auparavant contre 80% en 1998. L'analyse en terme de l'alimentation en liquides autres que le lait maternel lors des épisodes de diarrhée montre que 73% des femmes adoptent la bonne pratique pour un objectif de 85%.*

*Environ 8 mères sur 10 (78,8%) utilisent une des formes de TRO (sachet SRO, solution salée-sucrée, TRO à base de céréales ou infusions) au cours des épisodes diarrhéiques de leur enfant. En 1998, seulement 6 mères sur 10 adoptaient ce comportement.*

*Il faut noter que près de 4 femmes sur 10 continuent d'utiliser les antibiotiques et/ou anti-diarrhéiques comme moyen de traitement de la diarrhée.*

*La promotion du suivi de croissance constitue l'activité principale du programme. L'évaluation a révélé que 65% des mères ont eu à présenter la fiche de suivi de croissance de leur enfant et 86% d'entre elles sont allées peser leur enfant, au moins une fois les quatre derniers mois précédents l'enquête contre 30% en 1998 avec un objectif de 65% pour 2001.*

*Quand aux mères, elles sont 90% à posséder les carnets de santé maternelle. Parmi elles, 91% ont fait au moins une visite prénatale au cours de leur dernière grossesse contre 70% en 1998 ; 75% d'entre elles ont reçu au moins deux doses de VAT et 78% des femmes enquêtées ont eu un accouchement assisté contre 55% en 1998. Néanmoins 22% continuent d'accoucher à domicile.*

*Par ailleurs 85 % des mères enquêtées savent que la consommation des protéines riches en fer permettrait d'éviter l'anémie pendant la grossesse et 75% savent que la première consultation prénatale doit avoir lieu pendant le premier trimestre de la grossesse.*

*Les données sur la couverture vaccinale montrent que 68% des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés (sur vérification des carnets de santé) contre 42 % en 1998. Il y a eu certes amélioration de la couverture vaccinale dans la zone d'étude, mais le défi reste surtout la déperdition entre le BCG et le Rouvax qui est de 22% et l'amélioration du niveau de connaissance des mères sur le calendrier vaccinal le rôle des différents antigènes.*



# *RESULTATS*

# I-CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION

## 1.1. Age des mères et des enfants

Les 356 mères interviewées se situent dans la tranche d'âge de 15 à 50 ans. L'âge moyen des mères est de 27 ans. L'examen des données par groupe d'âges montre que des 356 mères interviewées, 82,6% ont entre 18 et 35 ans alors que 2,2% ont moins de 18 ans et 7,9% ont 35 ans et plus.

Tableau n°1 : Répartition des mères par groupe d'âge.

Groupe d'âge	Effectif	%
Moins de 18 ans	8	2,2
18 - 35 ans	294	82,6
35 ans et plus	26	7,3
N.D	28	7,9
Total	356	100

Avec un âge moyen de 11 mois, 19,1% des enfants ont moins de 4 mois, 4,8% ont moins d'un mois alors que 45,2% ont 12 mois et plus.

La répartition des enfants par sexe montre que 52,0% des enfants sont du sexe masculin contre 48,0% de filles.

Tableau n° 2 : Répartition des enfants par groupe d'âge.

Groupe d'âge	Effectif	%
0 – 3 mois	68	19,1
4 – 5 mois	30	8,4
6 – 9 mois	64	18,0
10 – 11 mois	33	9,3
12 – 23 mois	161	45,2
Total	356	100

Les données sur la couverture géographique du programme et la durée de la participation des mères au programme font ressortir que 33,8% des femmes des communautés ne participent pas au PBC. Sur les 235 femmes participantes, la majorité (35,9%) y sont depuis plus de 24 mois, 10,7% sont entrées dans le programme, il y a moins de 4 mois.

Tableau n° 3 : Répartition des mères selon la durée dans le programme

Durée	Effectif	%
0 – 12 mois	103	44,0
12 – 24 mois	47	20,1
24 – 36 mois	84	35,9
Total	234	100

## **1.2. Instruction et occupation des mères**

Le niveau d'instruction est très faible dans les communautés couvertes par le PBC dans les départements du Mono et du Couffo. Ainsi, 87,1% des femmes ont déclaré n'avoir aucun niveau d'instruction, 7,9% ont fait le niveau primaire mais ne peuvent pas lire, seulement 3,7% des mères sont en mesure de lire en français.

Les données sur l'occupation des mères révèlent que 85,4% (304/356) des femmes travaillent en dehors de la maison.

Pour 100 femmes ayant déclaré travailler en dehors de leur domicile, 80 partent de la maison en début de la matinée et 18 en fin de matinée.

Le retour à la maison a généralement lieu entre midi et début soirée. Ainsi, 33,6% des femmes reviennent à la maison à midi, 29,9% dans l'après-midi et 29,6% en début de soirée.

Presque toutes les femmes (97,2%) des localités d'étude exercent une activité génératrice de revenus.

Parmi les activités génératrices de revenus, les plus pratiquées sont par ordre d'importance : vente de produits agricoles (65,6%), vente de nourriture (42,5%), travaux agricoles (39,6%) vente ambulante (7,5%) et travail manuel (7,2%). Seulement 1,7% des mères sont salariées (1,4%) ou domestiques (0,3%).

En l'absence de la mère, on note que dans 51,4% des cas, les mères se déplacent avec leur plus jeune enfant. Cependant, 33,7% ont affirmé qu'il leur arrive de confier l'enfant aux parents alors que 30,3% ont dit le laisser à ses frères aînés. Seulement, dans 8,7% des cas, le plus jeune enfant est confié à son père et 3,4% des mères sollicitent le service des voisins pour garder son enfant à son absence.

## **II- ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION**

### **2.1. Pratique des mères**

#### *2.1.1. Allaitement maternel*

Les données relatives à l'allaitement maternel montre que 97,5% allaitaient encore leur enfant au moment de l'étude. Le reste qui au jour de l'enquête n'allaitait pas leur enfant ont rapporté avoir allaité auparavant.

#### *2.1.2. Initiation à l'allaitement maternel*

L'initiation à l'allaitement maternel dans les premières heures suivant à l'accouchement s'avère très importante dans le processus de croissance de l'enfant.

En observant les informations sur le moment auquel la mère a commencé à donner le sein à l'enfant après l'accouchement, on note que 33,7% des mères ont répondu avoir fait cette première tétée dans la première heure, 46,6% ont déclaré avoir donné ce premier lait

(colostrum) entre la première et la huitième heure. Il faut aussi noter que 19,4% des mères ont dit avoir pris cette initiative plus de 8 heures après alors que 0,3% ne savent plus le moment auquel elles ont initié l'allaitement maternel.

Tableau n° 4 : Période à laquelle les mères initient l'allaitement maternel.

Initiation à l'allaitement maternel	Effectif	%
<b>Dans la première heure</b>	<b>120</b>	<b>33,7</b>
<b>Entre 1<sup>ère</sup> et 8<sup>ème</sup> heure</b>	<b>166</b>	<b>46,6</b>
Plus de 8 heures après	69	19,4
Ne sait pas	1	0,3
	356	100

En conclusion, 80,3% des mères ont adopté la bonne pratique. Notons que la mise au sein immédiat ou au plus tard huit heures après l'accouchement est recommandée.

### 2.1.3. Allaitement maternel exclusif

Au moment de la collecte 19,1% des mères avaient des enfants de 0 à 3 mois révolus. De ces 19,1%, on note que 32,3% pratiquaient l'allaitement maternel exclusif ; ce qui voudrait dire que 67,7% des mères dont les enfants ont moins de 4 mois, donnaient d'autres liquides en l'occurrence de l'eau ou de la tisane (58,8%), du sucre (27,9%), de la bouillie (23,5%) et des fruits (13,2%).

### 2.1.4. Introduction à l'aliment de complément

L'exploitation des données sur l'introduction des aliments de complément au repas de l'enfant concerne les enfants dont l'âge est compris entre 6 et 9 mois révolus. Dans cette tranche d'âge, on constate que 92,2% des mères ont dit avoir introduit du solide ou semi-solide dans l'alimentation de leur enfant.

Tableau n° 5 : Type d'aliments donnés aux enfants.

Type de repas	Effectif	%
Eau	62	96,9
Lait artificiel	10	15,6
Bouillie	59	92,2
Fruits	45	70,3
Huile, patate douce, etc.	49	76,6
Légumes verts	50	78,1
Ajout de légumes verts	47	73,4
Viande	46	71,9
Soja, sésame	59	92,2
Œufs	41	64,1
Ajout du sucre	61	95,3
Ajout de l'huile	48	75,0
Sauce contenant de l'huile	51	79,7

## 2.2. Connaissance des mères

### 2.2.1. Stimulation de la production laiteuse.

A la question de savoir ce qu'une mère peut faire pour avoir suffisamment du lait afin d'allaiter son enfant pendant les quatre premiers mois, 7,3% des mères ont dit ne pas savoir, 6,7% ont répondu "faire téter fréquemment" et 1,5% ont suggéré "allaiter aussitôt que possible" alors que pour 2,1%, les soins des seins pourraient stimuler la production laiteuse. La majorité des mères (97,3%) pense qu'une alimentation riche stimulerait la production du lait.

Tableau n° 6 : Stimulation de la production du lait.

Actions de stimulation	Effectif	%
Ne sait pas	26	7,3
Allaiter aussitôt que possible	5	1,5
Soigner les seins		
Téter fréquemment	7	2,1
Allaiter exclusivement pendant les quatre premiers mois	22	6,7
Eviter le biberon	4	1,2
Re-lactation	-	-
Autres actions	-	-
	322	97,6

### 2.2.2. Alimentation du jeune enfant

La connaissance des mères sur l'âge d'introduction de l'aliment de complément fait ressortir les résultats ci-après :

- i) 62,1% ont situé l'âge d'introduction de l'aliment de complément entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois.
- ii) Pour 27,2%, l'aliment de complément doit être introduit avant le 4<sup>ème</sup> mois.
- iii) 9,8% des mères ont rapporté qu'il faut introduire du solide ou semi-solide dans l'alimentation de l'enfant après le 6<sup>ème</sup> mois.

En ce qui concerne la composition des aliments de sevrage, 73,6% des mères ont cité des aliments riches en fer, 48,6% des repas riches en vitamines A et seulement

4,5% ont estimé qu'il faut ajouter de l'huile à la nourriture de l'enfant ; 1,1% ayant déclaré ne pas savoir la composition des aliments de sevrage.

Tableau n° 7 : Connaissance des mères sur la composition de l'aliment de sevrage de l'enfant

Type de repas	Effectif	%
Ne sait pas	4	1,1
Ajout de l'huile	16	4,5
Repas riches en vitamines A	171	48,6
Repas riches en fer	259	73,6

Autres	239	67,9
--------	-----	------

### **III- PROMOTION /SUIVI DE CROISSANCE PONDERALE**

#### **3.1. Existence de fiche de pesée**

Des 356 mères enquêtées, 230 soit (64,6%) ont présenté une fiche de suivi de croissance de leur enfant, 16 (4,5%) ont dit l'avoir perdu alors que 110 (30,9%) ne l'ont jamais eue.

Les fiches individuelles du PAN représentent 68,7% des fiches de suivi de croissance rencontrées et 30,0% sont des carnets ou carte de santé.

#### **3.2. Suivi de croissance**

Parmi les mères qui ont présenté la fiche ou le carnet de suivi de croissance de leur enfant, 86,1% sont allées faire peser leur enfant, au moins une fois, les quatre mois ayant précédé l'enquête alors que durant les deux mois précédant l'étude, 83,9% ont pesé leur enfant.

### **IV – MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES**

#### **4.1. Pratique des mères**

##### *4.1.1. Prévalence et alimentation lors de la diarrhée*

Les données sur les maladies diarrhéiques ont révélé que 29,5% (105/356) des enfants ont eu à souffrir de diarrhée soit au moment de l'enquête, soit les quinze jours ayant précédé l'enquête.

Des 105 enfants qui ont eu la diarrhée pendant l'étude, 102 soit 97,1% étaient encore nourris au sein. *En effet, 60,0% des mères continuaient d'allaiter leur enfant comme d'habitude, 24,8% plus que d'habitude* alors que 12,4% le font moins que d'habitude.

Au total, 84,8% des mères semblent adopter la bonne pratique en matière de l'allaitement maternel lorsque leur enfant souffre de diarrhée.

Quant à l'alimentation en liquides autres que le lait maternel, *30,5% des mères en donnent plus que d'habitude, 42,9% comme normalement* et 18,1% moins que d'habitude ; 2,9% ayant arrêté complètement de donner autres liquides à l'enfant au cours de la diarrhée.

Rappelons que 5,7% de ces enfants étaient encore nourris uniquement au sein.

En conclusion, 73,4% des mères adoptent la bonne pratique dans la prise en charge de la diarrhée de leur enfant par la réhydratation avec d'autres liquides autres que le lait maternel.

En ce qui concerne l'alimentation en solides ou semi-solides lors des épisodes diarrhéiques, *36,2% des mères continuent de donner autant de nourriture qu'auparavant à l'enfant malade, 30,5% donnent plus que d'habitude* alors que 21,9% en donnent moins que normalement ; 2,9% ont complètement arrêté et 8,6% nourrissent l'enfant malade uniquement au lait maternel.

En somme 52,4% des mères ont la bonne pratique dans l'alimentation en solides ou semi-solides lors des épisodes de diarrhée de l'enfant.

Tableau n° 8 : Pratique de l'alimentation des mères lors des épisodes diarrhéiques de leur enfant.

Pratique de liquide	Effectif	%
Plus que d'habitude	32	30,5
Comme d'habitude	45	42,9
Moins que d'habitude	19	18,1
Arrêter complètement	3	2,9
Seulement du lait maternel	6	5,7
Total	105	100

#### 4.1.2. Prise en charge à domicile des maladies diarrhéiques

Des 105 enfants ayant eu la diarrhée au cours des quinze jours précédant d'enquête, 33 (33,3%) ont été traités à base du sachet SRO et 15 (15,2%) ont reçu des solutions salées alors que 6 (5,7%) n'ont reçu aucun traitement contre 36 (36,4%) qui sont soignés par d'autres traitements et 39 (39,4%) ont été traités aux antibiotiques ou anti-diarrhéiques

59,7% des mères ont cherché des conseils au cours de la diarrhée de leur enfant surtout auprès des parents (46,5%), et des centres de santé (41,9%).

Tableau n° 9 : Prise en charge de la diarrhée à domicile.

Action	Effectif	%
Aucun	6	5,7
<b>Sachet SRO</b>	<b>33</b>	<b>33,3</b>
<b>Solution salée-sucrée</b>	<b>15</b>	<b>15,2</b>
TRO à base de céréales	-	-
Infusions	30	30,3
Antibiotique/anti-diarrhéique	39	39,4
Autres	36	36,4

#### 4.1.3. Maladies respiratoires

Lors de la collecte des données 60,4% (215/356) des enfants souffraient ou ont souffert des maladies respiratoires et dont 61,4% ont eu des respirations rapides et difficiles.

Lors de la maladie, 48,8% des mères ont donné le sein comme d'habitude à l'enfant, 10,7% en ont donné plus que d'habitude et 34,7% ont rapporté avoir donné moins que normalement le sein à leur enfant malade. Il faut signaler que 3,3% des mères ont arrêté complètement et que 2,5% des enfants malades ne tétaient plus.

## 4.2. Connaissance des mères

#### 4.2.1. Signes, symptômes et prise en charges de la diarrhée et des maladies respiratoires.

Seulement 1,7% des femmes ont déclaré ne pas connaître les signes ou symptômes pouvant les obliger à demander conseil ou traitement pour la diarrhée de leur enfant. Diarrhée aiguë (82,9%) et faiblesse (66,0%) apparaissent comme les principaux signes ou symptômes reconnus par les femmes. Les réponses des femmes sont consignées dans le tableau ci-après.

Tableau n° 10 : Signes et symptômes pouvant obliger les mères à demander conseil ou traitement lors de diarrhée de leur enfant.

Signes ou symptômes	Effectif	%
Ne sait pas	6	1,7
Vomissement	41	11,7
Fièvre	82	23,4
Bouche sèche, yeux excavés	39	11,1
Diarrhée aiguë	290	82,9
Diarrhée chronique	13	3,7
Sang dans les selles	7	2,0
Manque d'appétit	37	10,6
Faiblesse	231	66,0
Autres signes	38	10,9

Le tableau ci-après présente la connaissance des mères sur les actions les plus importantes qu'elles doivent faire lors de la diarrhée de leur enfant.

Tableau n° 11 : Connaissance des mères sur les importantes actions à prendre lors de la diarrhée de l'enfant.

Actions	Effectif	%
Ne sait pas	5	1,4
Donner de liquide	36	10,3
Donner plus à boire que d'habitude	26	7,4
Donner à manger en quantités plus petites	26	7,4
Préparer et administrer correctement la SRO	167	47,6
Emmener l'enfant à l'hôpital	194	55,3
Donner plus à manger	7	2,0
Arrêter de donner de liquides	-	-
Arrêter de donner de la nourriture	-	-
Autres	168	47,9

Interrogées sur le comportement à adopter lorsque son enfant se remet de la diarrhée, les femmes à 73,2% reconnaissent qu'il faut lui donner des aliments riches en calories, 32,2% pensent qu'il faut lui donner de la nourriture en quantités plus petites et 20,5% disent qu'il faut donner de la nourriture plus que d'habitude.

#### 4.2.2. Maladies respiratoires

Les mères dans les différentes communautés de PBC dans la zone d'étude suggèrent à 59,2% qu'il faut emmener un enfant souffrant d'une maladie respiratoire à l'hôpital; 10,5% pensent qu'en lui donnant des liquides chauds l'enfant pouvait manger correctement. 14,6% ont dit ne rien connaître pour amener l'enfant à manger correctement alors que pour 10,2% pensent que déboucher le nez de l'enfant l'amènerait à manger.

## V- SOINS MATERNELS

### 5.1 Pratique des soins maternels

#### 5.1.1. Existence de carte ou carnet de santé maternelle et consultation prénatales.

90,2% des mères disposent de carnet de santé maternelle, 6,2% l'ont perdu et seulement 3,7% ne l'ont jamais eu.

La plu part des carnets de santé maternelle (98,8%) ont de l'espace pour enregistrer les visites prénatales alors que *91,3% des femmes ayant de carnets ont fait au moins une visite prénatale*. Il faut signaler que 37,9% de ces femmes ont fait au moins 4 visites prénatales, seulement 0,3% des mères disposant d'un carnet n'ont fait aucune visite prénatale.

#### 5.1.2. Accouchement assisté

Pour apprécier la proportion des mères qui ont eu un accouchement assisté par un agent de santé qualifié, il a été demandé aux mères de dire celui qui a coupé le cordon ombilical de l'enfant au moment de l'accouchement.

Répondant à cette question, *78,4% des femmes ont cité "agent de santé"* (médecin, infirmier, sage-femme) contre 14,0% qui ont indiqué que c'est un membre de leur famille et pour 5,9% des femmes c'est l'accoucheuse ou matrone traditionnelle.

### 5.2. Connaissance des mères

De l'examen des données sur la connaissance des mères sur les soins maternels, il ressort que :

i) *75,2% des femmes pensent que la première consultation prénatale doit avoir lieu dans le premier trimestre.*

ii) 84,7% des femmes ont déclaré que pour éviter l'anémie pendant la grossesse, il faut consommer les protéines riches en fer. Par ailleurs 80,5% reconnaissant que la consommation des légumes verts, riches en protéines protège la femme contre l'anémie lorsqu'elle est en grossesse.

Tableau n ° 12 : *Aliments à consommer par la femme en grossesse pour éviter l'anémie.*

Type d'aliments	Effectif	%
Ne sait pas	23	6,5
<b>Protéines riches en fer</b>	<b>282</b>	<b>84,7</b>
<b>Légumes verts, riches en fer</b>	<b>268</b>	<b>80,5</b>
Autres aliments	223	67,0

## VI- COUVERTURE VACCINALE DANS LES COMMUNAUTES PBC.

### 6.1.- Situation de la couverture vaccinale.

#### 6.1.1. Vaccination des enfants

Sur les 161 enfants âgés de plus de 12 à 23 mois, 94,4% ont reçu la dose de BCG et DTCPI, 88,2% ont reçu les DTCPI et II et 81,4% ont reçu les DTCPI, II et III.

Tableau n° 13 : Situation vaccinale DTCPI, DTCPII et DTCPIII et BCG (enfants de 12 à 23 mois)

Type de vaccins	Effectif	%
BCG	152	94,4
DTCPI	152	94,4
DTCPI&II	142	88,2
DTCPI, II & III	131	81,4

En observant l'évolution de la situation vaccinale, on note 72,0% des enfants de cette tranche d'âge ont été vaccinés contre la rougeole.

Par contre, entre le DTCPI et le DTCPIII, on note un taux d'abandon de 13 points alors qu'entre le BCG et le Rouvax, ce taux est de 22 points.

Tableau n° 14 : Evolution de la situation vaccinale.

Evolution de la situation vaccinale	Effectif	
Taux d'abandon entre le DTCPI et DTCPIII	-	13
Taux d'abandon entre le BCG et le Rouvax	-	22,4
<b>Enfants complètement vaccinés</b>	110	<b>68,3%</b>

Au total, 68,3% des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés

#### 6.1.2. Couverture vaccinale antitétanique chez les mères.

En observant les données des carnets de santé des mères, il a été noté que 13,4% parmi elles n'ont reçu aucune dose de vaccin antitétanique, 74,8% en ont reçu deux ou plus alors que 11,8% ont reçu une seule dose.

Tableau n° 15 : Nombre de doses de vaccins antitétaniques reçues par les mères lors de la grossesse.

Nombre	Effectif	%
Une	38	11,8
Deux ou plus	240	74,8
Aucune	43	13,4
Total	321	100

## 6.2 Connaissance sur la vaccination

La connaissance des mères sur la vaccination est mesurée à partir :

- de l'âge auquel un enfant doit être vacciné contre la rougeole
- du rôle du VAT
- du nombre de doses du VAT requises pour protéger l'enfant et la mère.

*Seulement 31,5% des mères savent que l'enfant doit recevoir le Rouvax à 9 mois.*

*Tableau n° 16 : Répartition des mères selon leur réponse sur l'âge du Rouvax*

Age de Rouvax	Effectif	%
Ne sait pas	244	68,5
9 mois	112	31,5

Les femmes ont un très bas niveau de connaissance sur le rôle du VAT. En effet, seulement 14,6% savent que le VAT protège à la fois la mère et le nouveau-né contre 56,2% qui ont rapporté qu'il protège seulement le nouveau-né alors que 24,7% ont dit ne pas savoir son rôle.

*Tableau n° 17 : Rôle du VAT*

Rôle	Effectif	%
Protège la mère et le nouveau-né	52	14,6
Protège seulement la mère	16	4,5
Protège seulement le nouveau-né	200	56,2
Ne sait pas	88	24,7
Total	356	100

Pour ce qui est du nombre de vaccinations requis pour une femme en grossesse, 53,1% ont reconnu qu'il doit être supérieur à deux, 27,5% ont dit que c'est deux. Cependant 17,4% n'en ont pas connaissance.

*Tableau n° 18 : Nombre de doses de VAT requises pour une femme enceinte*

Nombre de doses	Effectif	%
Une dose	6	1,7
Deux doses	98	27,5
Plus que deux doses	189	53,1
Aucune	1	0,3
Ne sait pas	62	17,4
Total	356	100

## *DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES*

Dans cette section, les données de 2001 sont comparées à celles de l'étude de base réalisée en 1998 afin d'apprécier les effets du programme sur la population cible. Les comparaisons entre les femmes participantes et celles qui ne participent pas, met en exergue des différences de comportement et de connaissance qui peuvent être soit mises à l'actif du programme pour les activités directement liées au PAN/PBC comme le suivi de croissance ou soit aux interventions de plusieurs autres acteurs dans le domaine comme les données sur la couverture vaccinale et l'accouchement assisté.

## **CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES**

### **Age des mères et maternité à moindres risques**

De la présente étude, il ressort que la majorité (90%) des mères est âgée de 18 à 35 ans. Il en résulte alors que la proportion des femmes à maternité à risque est faible. Il faut cependant reconnaître que l'absence d'informations sur le nombre d'enfants par femme ne permet pas de mesurer de façon fiable cet indicateur. Mais en couplant à la proportion des femmes qui ne font aucune consultation prénatale, il est apparu que de forte proportion de femmes court de risque en accouchant surtout si l'on sait que dans 22% des cas, les accouchements se font à domicile.

Certes, on note une amélioration par rapport aux résultats de 1998 mais des efforts restent à entreprendre afin que le nombre des cas d'accouchement à domicile diminue dans les communautés. C'est pourquoi des actions en faveur de l'instruction des femmes, de la lutte contre les mariages précoces et des grossesses multiples non espacées doivent être encouragées.

### **Instruction et occupation des mères.**

L'étude a mis en exergue le faible niveau d'instruction des femmes dans les communautés et surtout sa contraction entre 1998 et 2001. En effet 89,7% des femmes enquêtées en 1998 n'avaient aucune niveau d'instruction formelle contre 87,1% en 2001. Ce faible niveau d'instruction est une contrainte certaine dont il faut tenir compte pour la suite du programme. Il urge donc que des actions soient entreprises dans le sens d'encourager les programmes d'alphabétisation des adultes et de la scolarisation des filles. Dans l'immédiat, le développement des messages simples et accessibles et le choix d'une bonne stratégie de l'Information, de l'Education et de la Communication pour un changement de comportement pourraient permettre d'aboutir aux résultats encourageants.

La quasi-majorité (97,2%) des femmes exercent une activité génératrice de revenus. Ce qui montre que de part leur activité la plu part des femmes pourraient être amenées à s'absenter de la maison pour une longue durée. C'est ce que confirme cette étude dans la mesure où 85,4% des femmes travaillent en dehors de la maison et passent généralement plus de quatre heures hors domicile. Mais seulement 51% d'entre elles se déplacent avec leur plus jeune enfant. Cette pratique des mères pourrait avoir des répercussions sur la santé de l'enfant surtout à travers son alimentation.

## **ALLAITEMENT MATERNEL ET ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT**

### **Allaitement maternel**

Mettre le bébé au sein aussitôt que possible après sa naissance, le nourrir exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois, poursuivre l'allaitement jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant, soigner les seins et mamelons et faire téter fréquemment son enfant afin de stimuler la production laiteuse sont autant d'enseignement donné aux mères et recommandé par les institutions telles que l'UNICEF, l'OMS et le Ministère de la Santé Publique.

Les données collectées dans le cadre de cette étude font ressortir que :

- i) 80,3% des mères initient l'allaitement maternel entre la première et la huitième heure après la naissance de l'enfant ;
- ii) 32,3% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 3 mois ;
- iii) 8,2% ont une bonne connaissance en matière de la stimulation de la production laiteuse.

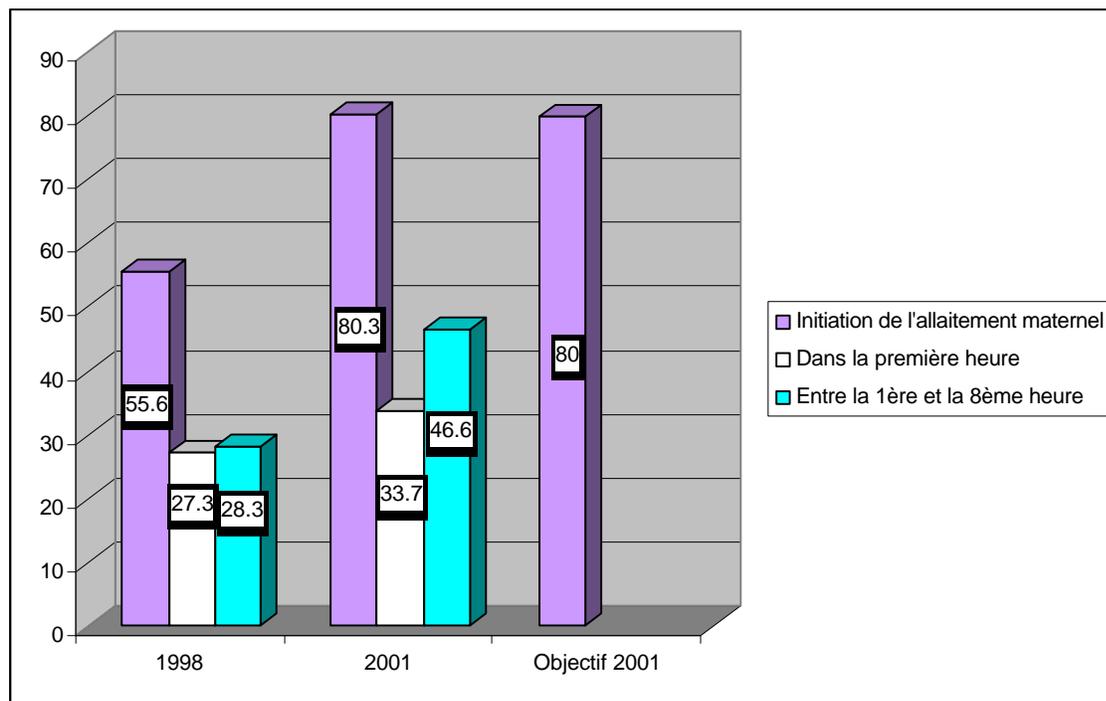
Par rapport aux résultats de l'étude de 1998, on note un progrès sensible et significatifs dans la pratique des mères (voir tableau ci-après).

Indicateurs	1998 %	2001 %	Ecart %	Objectif 2001 %
<b><i>Initiation à l'allaitement maternel</i></b>	<b>55,6</b>	<b>80,3</b>	<b>24,7</b>	<b>80</b>
<b>Dans la 1ère heure</b>	27,3	33,3	-	-
Entre 1 <sup>ère</sup> et 8 <sup>ème</sup> heure	28,3	46,6	-	-
<b><i>Allaitement maternel exclusif</i></b>	<b>14,9</b>	<b>32,3</b>	<b>17,4</b>	<b>35</b>
<b><i>Stimulation de la production laiteuse</i></b>	4,3	8,2	3,9	50
Faire téter fréquemment	4,0	6,7	-	-
Allaiter aussitôt que possible	0,3	1,5	-	-

On est tenté de justifier ce progrès par le fait que l'allaitement est une pratique courante dans les communautés rurales. Aussi, la mise en oeuvre effective du PBC, la généralisation de l'IEC qui encourage les mères à pratiquer l'allaitement maternel et l'engagement de tous les acteurs du PBC constituent-ils des éléments contribuant à l'amélioration de la pratique des mères.

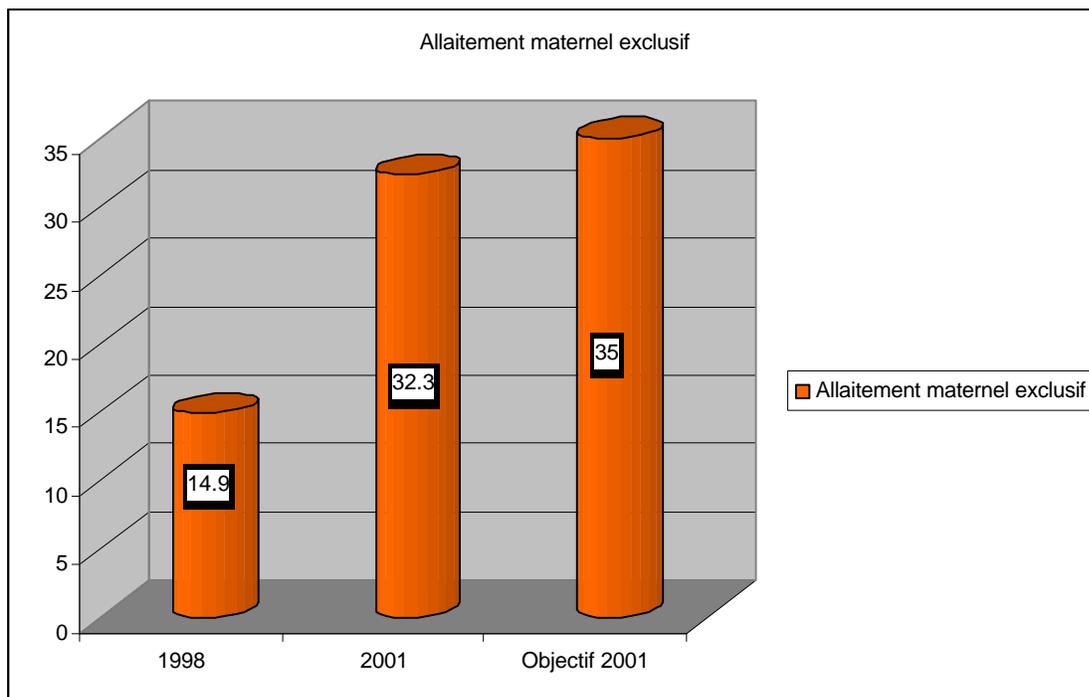
Une analyse par rapport aux mères bénéficiaires vient confirmer cette amélioration. En effet, 37% des bénéficiaires initient l'allaitement maternel dans la première heure de naissance de l'enfant alors que 46,4% d'entre elles prennent l'initiative d'allaiter leur enfant entre la première et la huitième heure après la naissance. Au regard de l'ensemble de la population, on note une amélioration sensible de 3 points mais cette amélioration apparaît plus ou moins nette si l'on se réfère aux femmes qui ne participent pas. En effet, seulement 27,5% d'entre elles initient l'allaitement maternel dès la première heure de l'accouchement de l'enfant. Cependant une analyse comparative de ces données ne dégage pas de différence statistiquement significative.

Graphique n° 1 : Initiation de l'allaitement maternel



Il faut noter que ces progrès sont les fruits des efforts aussi bien des acteurs du programme que les autres intervenants dans la santé, permettant ainsi d'atteindre l'objectif de 80 % fixé au titre de 2001 pour l'initiation à l'allaitement maternel (80,3 %).

Graphique n°2 : Pratique de l'allaitement maternel exclusif entre 1998 et 2001



## Alimentation du jeune enfant

La période de l'introduction d'aliments de sevrage est très importante dans la vie de l'enfant. Ordinairement cette période se situe entre le 6<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois. L'exploitation des données concernant les enfants de cette tranche d'âge montre que 92,2% des mères ont dit avoir introduit du solide ou semi-solide dans l'alimentation de l'enfant alors qu'en 1998, 100% des femmes dont les enfants dont l'âge des enfants varie entre 6 et 9 mois ont affirmé avoir adopté la pratique.

Les campagnes de promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois pourraient justifier le retard observé dans l'introduction de l'aliment de complément de l'enfant.

En observant les informations sur la connaissance des mères relatives à la période de sevrage de l'enfant, il est apparu que la proportion des femmes ayant la bonne connaissance est passée de 58,3% à 62,1% entre 1998 et 2001. Ce résultat est, quoiqu'en accroissement par rapport à l'année de base, très faible en comparaison à l'objectif de 80% fixé en 1998.

Les femmes participant au programme semblent avoir une meilleure connaissance que celles de la communauté qui ne viennent pas aux séances d'éducation. En effet, 66,8% des femmes participantes au programme savent qu'entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois, elles peuvent introduire du solide ou semi- solide à l'alimentation de l'enfant.

Quand à la composition des aliments de sevrage, il faut noter que 73,6% en 2001 contre 69,3% en 1998 des mères d'enfants pensent qu'en période de sevrage, il faut donner à l'enfant des aliments riches en fer alors que 48,7% d'entre elles préconisent qu'il faut nourrir l'enfant aux aliments riches en vitamine A en 2001 ; la proportion étant de 40,7% en 1998. On ne saurait

interpréter ces résultats comme un progrès sensible dans la mesure où d'une année à une autre, elles ne sont pas statistiquement différentes en matière de composition des aliments de sevrage.

Il ressort de l'examen des données que la pratique de l'allaitement est une pratique sociale extrêmement difficile à changer dans un délai aussi court. Donner de l'eau ou de la tisane au bébé est presque une obligation pour la femme rurale soumise aux pratiques traditionnelles de l'alimentation du nouveau-né car des décoctions, des infusions et de la tisane sont de recettes devant protéger le nouveau-né contre certaines maladies ou malheurs. Par contre, la continuation de l'allaitement maternel apparaît comme un acquis dans la mesure où 90% des femmes continuent de nourrir leur enfant âgé de 20 à 23 mois au lait maternel.

### ***Recommandation n° 1***

#### *Animateurs communautaires*

Organiser des séances de sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif à l'intention aussi bien des mères affiliées au programme qu'aux autres femmes des communautés.

#### *Comités Villageois de Développement Communautaire*

Appuyer les AC dans l'exécution des tâches

#### *Responsable C/MCH*

Aider à l'identification et à la préparation des messages clés sur l'allaitement maternel exclusif.

Faire le suivi des activités programmées dans les communautés dans le domaine de l'allaitement maternel.

Préparer et assurer la formation des animatrices communautaires.

#### *Cellule PAN*

Financer et appuyer les différentes sessions de formation.

Evaluer la formation.

## **CROISSANCE PONDERALE**

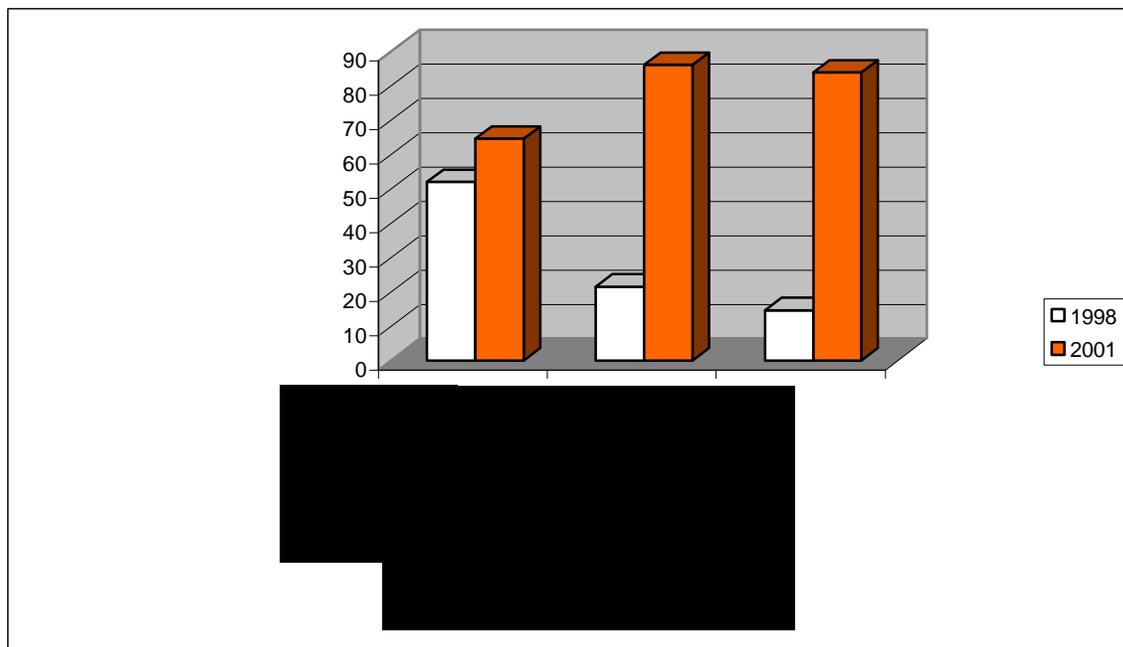
Le suivi de croissance est l'une des principales activités du programme. De ce fait, posséder une fiche de pesée constitue un indicateur très important. L'exploitation des données collectées fait ressortir que 64,6% des femmes ont présenté cette fiche alors qu'elles étaient 52% à l'avoir en 1998. Il est ainsi apparu que l'objectif de 60% fixé en 1998 a été atteint. Le progrès sensible obtenu trouve sa justification dans :

- l'adhésion des communautés au PBC.
- la promotion des F I C par tous les acteurs du programme.
- L'organisation régulière et mensuelle des pesées dans les communautés

Mais c'est surtout au niveau du type de fiche que le progrès est très significatif. En effet entre 1998 et 2001, la proportion des mères ayant une fiche de suivi de croissance de leur enfant est passée de 12,8% à 55,9% soit un accroissement de 55,9 points. Les fiches individuelles du PAN sont les plus fréquentes. En effet, 68,7% des fiches de suivi de croissance des enfants de la zone d'étude sont celles du PAN contre 12,8% en 1998.

Il est ainsi apparu une progression très significative de la proportion de femmes ayant en leur possession ce type de fiche de suivi de croissance. Les données relatives aux femmes participantes, montrent les effets du programme dans les communautés. En effet, 88,9% parmi elles disposent d'une fiche de croissance de leur enfant, 93,3% ont pesé leur enfant les quatre derniers mois alors que 90,9% l'ont fait les deux derniers mois précédant l'enquête. Ceci traduit dans une certaine mesure l'adhésion de ces femmes au programme.

Graphique n°3 : Pratique de pesée dans les communautés



Les données ont montré aussi qu'entre 1998 et 2001, la proportion de femmes ayant pesé leur enfant dans les quatre mois ayant précédé l'enquête est passée de 21,5% à 86,1% soit un accroissement très sensible de 64,6 points. De même on a observé que, au cours des deux derniers mois avant l'enquête, 83,9% des femmes ont fait peser leur enfant en 2001 contre 14,7% en 1998 alors que l'objectif fixé était de 60%.

Il faut dès lors remarquer que des efforts louables ont été accomplis entre 1998 et 2001 au niveau du suivi de croissance pondérale des enfants qui constitue l'activité principale du PBC.

## **Recommandation n°2**

### *La cellule PAN*

- fournir périodiquement les F I C aux DDFPPS afin d'éviter les ruptures de stocks. La DDFPPS sera chargée de distribuer les FIC aux C/MCH et de rendre compte à la Cellule.

### *Les Responsables des C/MCH*

- distribuer les F I C aux communautés et récupérer les fonds et rendre compte aux DDFPSS.
- assurer le ravitaillement régulier des communautés

## **MALADIES DIARRHEIQUES ET RESPIRATOIRES**

### **Maladies diarrhéiques**

#### *Alimentation des enfants lors de diarrhée*

Les données sur les maladies diarrhéiques ont révélé que 29,5% des enfants ont eu à souffrir de diarrhée soit au moment de l'enquête, soit les quinze jours ayant précédé l'enquête. Ce taux paraît relativement élevé et se justifie par l'introduction précoce d'autres aliments autres que le lait maternel telles que de l'eau ou de la tisane, la non observance des règles élémentaires d'hygiène et un environnement malsain.

Le comportement des mères pourrait être préjudiciable lors des épisodes diarrhéiques de l'enfant. C'est pourquoi, il importe d'apprécier ce comportement relativement à la prise en charge des maladies diarrhéiques.

#### *Allaitement maternel*

Des résultats obtenus, on constate que :

- 84,8% des mères semblent adopter la bonne pratique en 2001 contre 79,5% en 1998

On note une amélioration de comportements des mères lors de la diarrhée des enfants en ce qui concerne l'allaitement maternel.

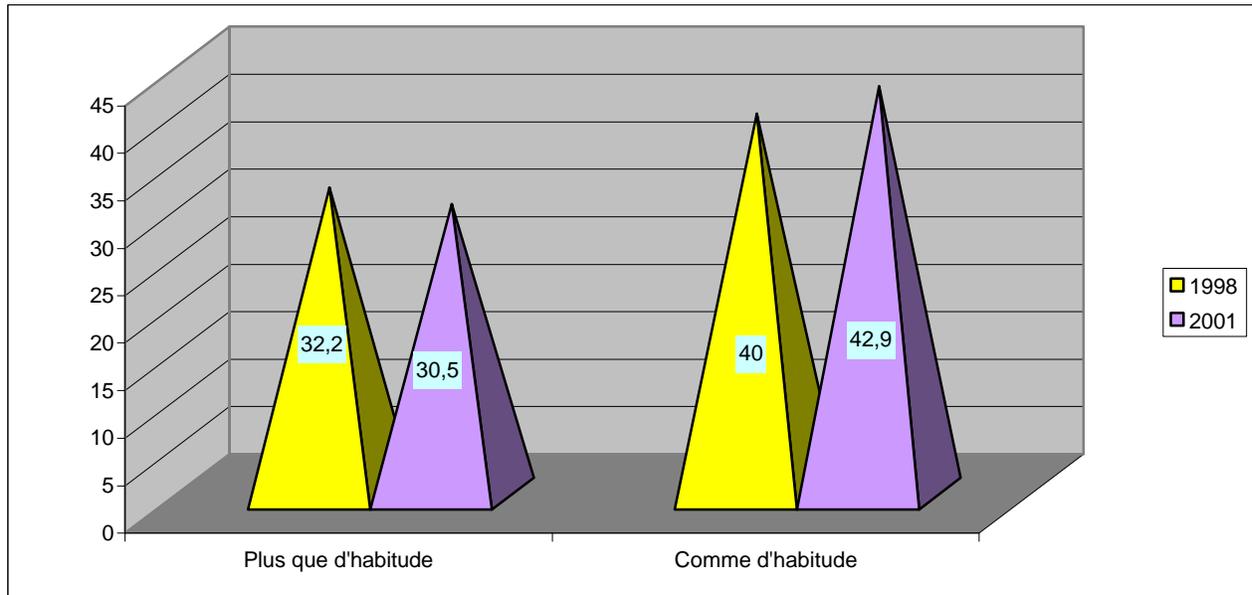
Cette amélioration pourrait s'expliquer par :

- L'organisation des séances éducatives mensuelles au profit des mères lors des pesées.
- La participation des mères aux séances éducatives mensuelles
- La formation des AC sur la prise en charge des maladies diarrhéiques.
- La programmation et l'exécution des visites à domicile.

*Alimentation en liquide, aliment semi-solide et solide lors de la diarrhée.*

L'administration de liquide au cours de l'épisode diarrhéique n'a pas connu une amélioration sensible. Il en est de même de l'administration d'aliment semi-solide ou solide

*Graphique n°4 : Alimentation des enfants en liquide autre que le lait maternel lors des épisodes de diarrhées.*



On est tenté de penser que :

- Les pesanteurs sociologiques qui interdisent l'administration de liquide et d'aliments pendant la diarrhée et l'anorexie qui accompagne la diarrhée chez l'enfant continuent d'influencer une population encline aux pratiques ancestrales
- La boîte à image utilisée comme support pour les séances éducatives comporte un déficit d'information sur l'administration d'aliment liquide, semi-solide et solide lors de l'épisode.

Mais, c'est en observant les données par rapport aux femmes participantes qu'on mesure que le programme a eu un effet sur la pratique de la population. 85% parmi elles ont adopté la bonne pratique en matière de l'allaitement maternel lors d'un épisode de diarrhée de l'enfant, 77,5% ont continué de donner plus que d'habitude ou comme d'habitude des liquides alors que 70% ont nourri autant qu'auparavant ou plus qu'auparavant les enfants souffrant de diarrhée en solide ou semi-solide.

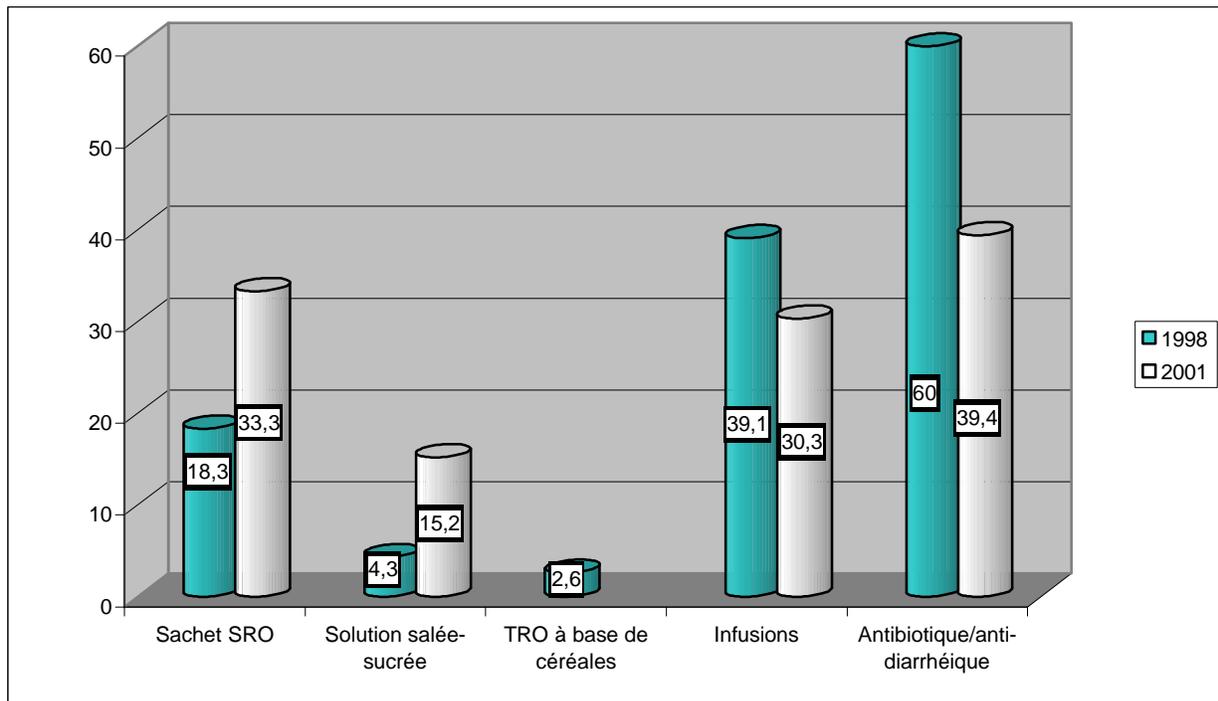
L'analyse spécifique aux femmes non participante montre que seulement 8% parmi elles donnent plus du lait maternel à leur enfant souffrant de la diarrhée que d'habitude, 76% continuent de donner comme d'habitude. Par rapport à l'administration du liquide et 24% en donnent plus que d'habitude et 36% comme d'habitude. Les données relatives à la pratique de l'alimentation en solide ou semi-solide fait apparaître la même tendance. Ainsi, 40% d'entre elles continuent de donner autant de solide ou de semi-solide qu'auparavant alors que 16% donnent comme

normalement. Cependant, une analyse comparée des résultats ne dégage pas de différence significative si l'on se réfère à l'ensemble des pratiques de l'alimentation de l'enfant lors des épisodes de diarrhées.

### *Utilisation de la TRO*

Une étude comparée de la prise en charge des épisodes diarrhéiques à domicile montre une amélioration au niveau de la pratique des mères lors de la maladie de l'enfant. Ainsi, on note que de 18,3% en 1998 et 33,3% des mères en 2001, utilisent le sachet SRO alors que la proportion des femmes utilisant la solution salée-sucrée est passée de 4,3% en 1998 à 15,2% en 2001.

*Graphique n°5 : Utilisation de la TRO*



Les résultats nous montrent que beaucoup des mères d'enfants ont changé de comportement positivement dans l'utilisation des sachets SRO et de la solution salée-sucrée. Ce changement a pour corollaire une diminution de la pratique de l'automédication et dans une moindre mesure de l'utilisation des infusions comme moyen de guérison de la diarrhée. Il faut cependant noter que cette proportion n'est pas pour autant négligeable surtout si l'on sait que la plu part des femmes combinent plusieurs recettes lors des épisodes de diarrhée de leurs enfants.

### **Connaissance des mères.**

Les actions au niveau du programme ont permis une amélioration des connaissances des mères sur les signes du danger de la diarrhée par rapport aux résultats de 1998.

Toutefois on note la non-maîtrise par les mères de certains signes de danger et de déshydratation comme vomissement, la bouche sèche, les yeux excavés, le diarrhée chronique, sang dans les selles.

La connaissance des femmes sur les actions à entreprendre en cas de diarrhée est améliorée.

Ainsi 46,6% en 2001 savent qu'elles doivent préparer et administrer le SRO contre 19,3% en 1998. Elles savent aussi qu'elles doivent amener leurs enfants à l'hôpital.

Pour récupérer l'enfant après un épisode diarrhéique la connaissance des mères sur les aliments riches en calorie s'est améliorée. Ainsi en 2001, 73% savent qu'il faut donner des aliments riches en calories contre 32,2% en 1998. En ce qui concerne les aliments riches en calories la proportion est passée de 30% à 32,2% entre 1998 et 2001.

### **Recommandation n°3**

#### *Animateurs communautaires Responsables MCH*

Organiser des séances de mobilisation sociale sur la prise en charge des maladies diarrhéiques et des maladies respiratoires

#### *Responsables MCH et Cellule PAN*

Renforcer la supervision à chaque niveau d'intervention.

Réviser la boîte à image en intégrant les images sur l'alimentation en liquide, en semi-solide et solide.

#### *Tous les acteurs*

Renforcer l'IEC pour non seulement maintenir mais améliorer les acquis.

## **SOINS MATERNELS**

Plus de 9 femmes sur 10 (91,3% contre 69,6% en 1998) possèdent un carnet de santé montrant au moins une visite prénatale avant l'accouchement

On constate une progression significative de 21,7 points entre 1998 et 2001.

Diverses raisons pourraient expliquer cette situation :

- La sensibilisation menée par les AC du PBC
- La multiplication des centres de Santé entraînant un rapprochement de ces structures près des communautés.
- La floraison des moyens de déplacement
- Les actions des ONG ( sensibilisation, construction de voie d'accès, etc. ...)
- La prise de conscience résultant de la migration vers les centres urbains.
- L'installation de cabinets privés de santé en milieu rural.

Aussi, a-t-on noté une régression du nombre de femmes ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique pendant la grossesse entre ces deux périodes (le taux est passé de 80,8% en 1998 à 74,8% en 2001).

Les probables abandons, les consultations prénatales tardives et la multiplication des centres privés de consultation où les VAT ne sont systématiquement administrés sont des variables susceptibles de justifier cette baisse.

En outre, les données collectées ont révélé 78,4% ont fait l'accouchement de leur plus jeune enfant en présence d'un agent de santé assermenté alors que 55,3 ont fait des accouchements assistés en 1998 dans les communautés couvertes par le programme.

On note une progression de 23,1 points par rapport aux résultats obtenus en 1998.

L'écart observé dénote d'une amélioration certaine et s'explique par :

- Rapprochement des centres de Santé près de communautés et l'accessibilité
- Sensibilisation par divers programmes.
- Incitation de la part du programme : de plus en plus, on intègre dans le programme les enfants ayant leur acte de naissance. Pour ce faire, accoucher dans les centres de santé devient une condition pour bénéficier du programme.

Les informations sur la connaissance des mères sur les soins maternels dégagent :

- Seulement 31,5% parmi elles savent que le vaccin contre la rougeole se fait lorsque l'enfant est âgé de 9 mois. Néanmoins ce résultat est une progression par rapport au 17,3% obtenu en 1998

- Très peu de femmes savent que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né. En effet seulement 14,6% d'entre elles ont pu donner la bonne réponse. Malheureusement cette proportion est une baisse par rapport au résultat obtenu en 1998 (31,4%)

- C'est seulement au niveau de la période de la première visite prénatale que la connaissance des femmes des communautés apparaissent quelque peu encourageant car plus de 7 mères sur 10 (75,2%) ont dit qu'une femme en grossesse doit effectuer sa première visite prénatale dans les trois premiers mois de sa grossesse alors qu'en 1998, elles étaient 63,7% à avoir donné la bonne réponse.

Cette appréciation des femmes résulterait de :

- i) Messages passés pendant les séances éducatives PBC et au niveau des centre de Santé ne mettent pas suffisamment d'accent sur ces aspects.
- ii) Pas d'accent particulièrement mis sur cet aspect pour la formation des Acs et au cours des séances éducatives du PBC.

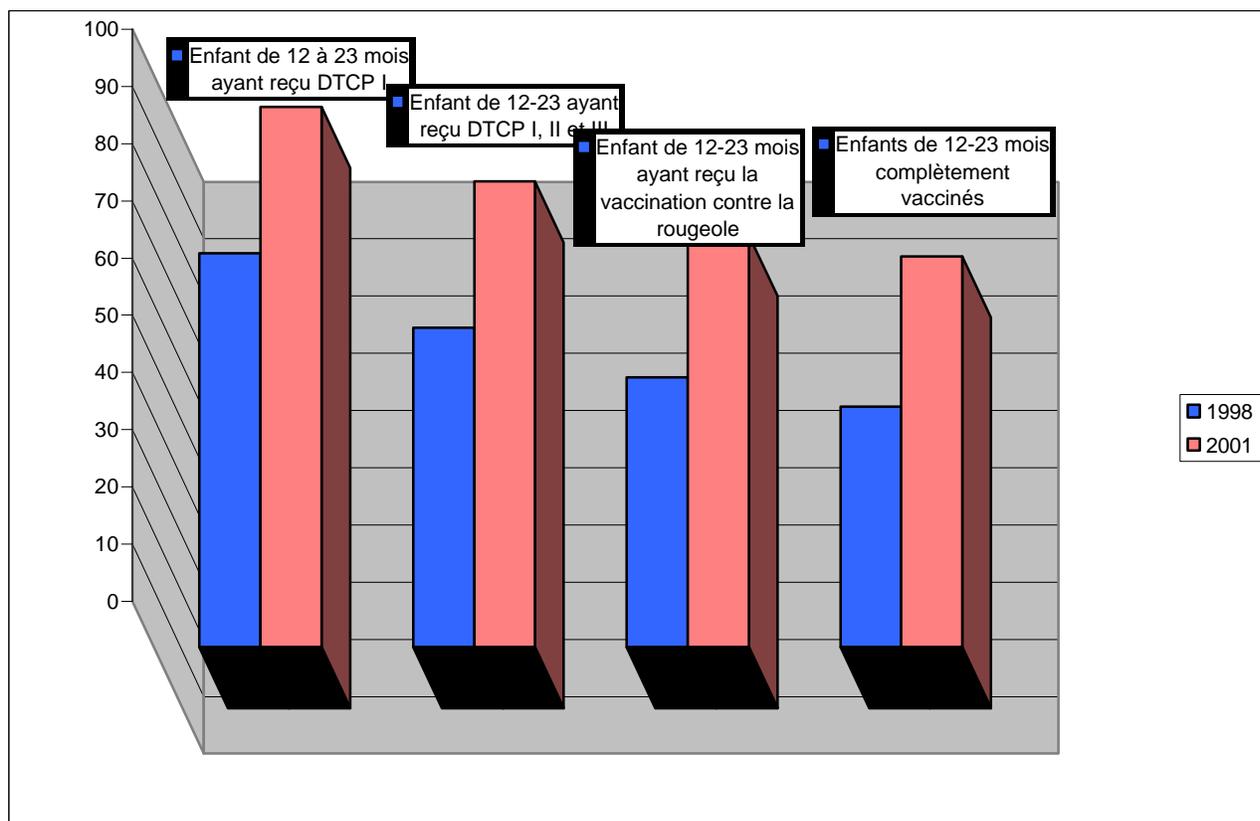
## COUVERTURE VACCINALE

Les données comparées de 1998 et 2001 se résument dans le tableau ci-après :

Vaccination	1998 (%)	2001 (%)
Enfant de 12 à 23 mois ayant reçu DTCP I	68,8	94,4
Enfant de 12-23 ayant reçu DTCP I, II et III	55,8	81,4
Enfant de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la rougeole	47,1	72,0
Enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	42	68,3

Il est ainsi apparu que, quelle que soit la vaccination, on assiste à un accroissement de la couverture vaccinale entre 1998 et 2001. Cependant, il faut noter que le taux d'abandon n'a pas varié dans les deux périodes. Ce qui fait penser que les habitudes de vaccination n'ont pas véritablement changé dans l'intervalle de temps dans les communautés.

Graphique n°6 : Couverture vaccinale



Mais, (i) le suivi régulier de l'état vaccinal et l'incitation au niveau du programme, (ii) la proximité des centres de santé et (iii) la stratégie avancée du PEV qui consiste à aller de porte à porte sont autant de variables qui pourraient être évoquées pour justifier cet accroissement absolu de la pratique de vaccination des enfants

En outre, il faut observer qu'en matière de connaissance sur la dose de VAT requise pour une femme en grossesse, on note un taux d'accroissement significatif de 29,4% entre 1998 et 2001 (la proportion est passée de 62,3% à 80,6%). L'objectif de 80% fixé en 1998 est donc atteint. Ce qui constitue l'un des points forts des activités d'IEC.

La seule explication plausible concerne la participation des femmes enceintes aux séances éducatives organisées au niveau des centres de santé pendant les visites prénatales. Au niveau des communautés PBC en effet, le message concernant la vaccination est beaucoup plus axé sur le calendrier vaccinal de l'enfant à partir de sa naissance.

#### ***Recommandation n°4***

##### *Tous les acteurs*

- Former les AC/R-C/MCH sur le calendrier VAT
- Inciter à la collaboration au niveau local entre R-C/MCH et Agents de Santé pour volets soins maternels et couverture vaccinale.
- Continuer et renforcer le suivi/contrôle de l'état vaccinal au niveau des communautés PBC.

## **OBJECTIFS P.B.C. MONO COUFFO 2004**

### **Maladies diarrhéiques.**

#### *Résultat n°1*

-85% des mères d'enfants de 0-23 mois donnent à leurs enfants le sein plus ou comme normalement au cours d'un épisode diarrhéique.

*Objectif : 90% des mères donneront le sein à leur enfant plus ou comme d'habitude.*

#### *Résultat n°2*

-73% des mères d'enfant de 0-23 mois ont donné la même quantité ou plus de liquide autre que le lait maternel au cours de l'épisode diarrhéique.

*Objectif : 80% des mères donneront à leur enfant la même quantité ou plus de liquide autre que le lait maternel au cours de l'épisode diarrhéique.*

#### *Résultat n°3*

-67% des mères d'enfant 0-23 mois donnent à leur enfant des aliments solides ou semi-solides plus ou comme normalement lors de l'épisode diarrhéique.

*Objectif : 80% des mères d'enfants de 0-23 mois donneront à leur enfant des aliments solides ou semi-solides plus ou comme normalement lors de l'épisode diarrhéique.*

#### *Résultat n°4*

-79% des mères pratiquent une des formes de la TRO pendant l'épisode diarrhéique.

*Objectif : 85% des mères pratiqueront une des formes de la TRO pendant l'épisode diarrhéique.*

### **Couverture vaccinale**

#### *Résultat n°5*

- 14,6% des mères savent que le VAT protège aussi bien la mère que le nouveau-né

*Objectif : 60% des mères sauront que le VAT protège aussi bien le nouveau-né que la mère.*

#### *Suivi de croissance pondérale*

#### *Résultat n°6*

- 65% des mères disposent de fiches individuelles de croissance

*Objectif : 80% des mères disposeront de fiches individuelles de croissance et feront peser régulièrement leur enfant*

## **Allaitement maternel et nutrition**

### *Résultat n°7*

- 80% des mères initient l'allaitement maternel entre la 1<sup>ère</sup> et la 8<sup>ème</sup> après la naissance de l'enfant.

*Objectif : 100% des mères initieront l'allaitement maternel au plus 8 heures après la naissance de l'enfant*

### *Résultat n°8*

- 8,2% ont une bonne connaissance de la stimulation de la production laiteuse.

*Objectif : 25% des mères auront une bonne connaissance de la stimulation de la production laiteuse.*

### *Résultat n°9*

- 62% des mères savent qu'elles doivent introduire les aliments de sevrage en plus du lait maternel dans le repas de l'enfant entre le 6<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois.

*Objectif : 80% des mères sauront qu'elles doivent introduire les aliments de sevrage entre le 6<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois.*

### *Résultat n°10*

35% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif pendant les trois premiers mois de naissance de l'enfant.

*Objectif : 40% des mères pratiqueront l'allaitement maternel exclusif pendant les trois premiers mois de naissance de l'enfant.*

Recommandations	Facteurs facilitant	Facteurs limitant	Responsabilité	Observation
<p><b>Allaitement maternel</b></p> <p>Poursuivre la sensibilisation des mères en mettant un accent particulier sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif.</p> <p>Donner une formation spécifique aux AC sur l'allaitement maternel.</p> <p>Confectionner des plaquettes comportant des messages clés sur l'allaitement maternel.</p> <p>Elargir la sensibilisation aux autres membres de la famille en l'occurrence la grand-mère et les pères</p> <p>Etendre la célébration de la journée nationale de l'allaitement maternel à toutes les communautés PBC</p>	<p>Existence des A C au niveau des communautés</p> <p>Existante d'ONG oeuvrant pour l'A.M.</p> <p>Formation de base des AC Disponibilité des formateurs (R/C/MCH) Existence des structures de confection</p> <p>AC/CVDS membres de la communauté</p> <p>Institutionnalisation de la journée de l'A.M. au niveau national.</p>	<p>Pesanteurs sociologiques (tradition) Pauvreté</p> <p>Insuffisance ou Inexistence des motivations des AC/CVDS</p> <p>Inexistence des ressources matérielles et financières.</p> <p>Difficulté de regroupe-ment des autres membres de la famille</p> <p>Insuffisance ou Inexistence des motivations des AC/CVDS</p> <p>Inexistence de ressources Occupation des mères</p>	<p>AC/CVDS et responsables centres MCH</p> <p>Responsables C/MCH cellule PAN</p> <p>Cellule PAN et la commande Assurer la conception des plaquettes AC/CVDS Programmer des séances d'IEC en adoptant la stratégie de porte à porte.</p> <p>MF PSS sera chargé de la programmation et de l'organisation de ces journées dans les communautés.</p>	<p>Court terme</p> <p>Moyen terme</p> <p>Moyen terme</p> <p>Court terme</p>
<p><b>Allaitement maternel et nutrition</b></p> <p>Améliorer la connaissance des mères sur le sevrage des enfants (l'âge d'introduction des aliments de sevrage, les aliments indiqués pour le sevrage et la conduite d'un bon sevrage</p>	<p>Existence de matériel didactique au sein des communautés</p>	<p>Occupation des mères Réticence de la cellule familiale</p>	<p>AC/CVDS doivent intensifier les séances d'IEC toutes les mères des communautés sur le sevrage. Responsable C/MCH doivent aider à préparer les fiches pédagogiques et faire le suivi.</p>	
<p><b>Suivi de la croissance pondérale</b></p> <p>1) Décentraliser l'approvisionnement des communautés en F I C</p> <p>Encourager à la fin de chaque année les mères qui sont régulières et qui entretiennent correctement leur F I C</p>	<p>Existence des F I C des DDFPSS et des C/MCH</p> <p>Adhésion des mères au PBC</p> <p>Disponibilité de la mère à aller au centre de santé Absence de rupture de stock de vaccins</p>	<p>Rupture de Stock de F I C Réticence de la C/PAN</p>	<p>C/PAN DDFPSS R/ C/MCH</p> <p>AC/CVDS sélectionnent les mères méritantes. Le R/ C/MCH appuie les AC/CVDS La C/PAN octroie les prix.</p>	<p>Moyen terme</p> <p>Court terme.</p>

<p>Renforcer la supervision à chaque niveau d'intervention</p> <p><b>Maladies diarrhéiques</b></p> <p>Organiser des séances de mobilisation sociale sur la prise en charge des maladies diarrhéiques et des maladies respiratoires</p> <p>Réviser ou Elaborer un supplément à la boîte à image en intégrant les images sur l'alimentation en liquide, en semi-solide et solide.</p> <p>Renforcer la communication pour un changement de comportement dans la TRO</p> <p>Initier des acquis ; jeux concours; en collaboration avec radio rurales, séance vidéo au sein des communautés.</p> <p>Sensibiliser les mères à donner à manger normalement ou plus que normalement les enfants</p> <p><i>Couverture vaccinale</i></p> <p>Continuer/Renforcer au niveau des communautés PBC, le contrôle/suivi de l'état vaccinal des enfants</p> <p>Poursuivre l'orientation des mères vers les centres de santé pour la mise à jour de l'état vaccinal</p> <p>Les R-C/MCH vont se rapprocher des agents de santé pour leur demander de remplir les carnets de santé des enfants pendant les stratégies avancées</p>	<p>Structure d'exécution du PBC.</p> <p>Formation des AC</p> <p>Participation effective régulière des mères aux séances PBC</p> <p>Parents d'enfants bien informés et acquis à la cause.</p> <p>Capacité endogène existante et exploitable pour la diversification des méthodes</p>	<p>Pesanteur sociologique</p> <p>Connaissance limitée des AC sur le thème.</p> <p>Formation mensuelle prend en compte le thème</p>	<p>CPS CEN C/PAN DDFPSS DANA-CARDER.</p> <p>CRS AC R/MCH Parents des enfants</p>	<p>Court terme</p> <p>Moyen terme</p>
--	---	--	--	---------------------------------------

<p>Intensifier les messages relatifs au calendrier vaccinal de l'enfant en diversifiant les méthodes utiliser pour les passer. ( discussion de groupe, chanson etc.).</p> <p>Faire l'IEC sur le VAT au cours des séances d'animation PBC</p> <p>Faire l'IEC sur les consultations prénatales et les risques liés à l'accouchement à domicile au cours des séances d'animation PBC</p> <p>Au cours de l'établissement du contrat entre AC et les mères, il faut insister sur la condition de l'état vaccinal des mères et des enfants</p>				
--	--	--	--	--

## CONCLUSION.

Le comportement ou la pratique est une variable intrinsèque d'une communauté. Ce sont des habitudes sociales des fois léguées d'une génération à une autre et qu'il est extrêmement difficile d'obtenir des changements dans l'immédiat.

Cependant en trois ans d'interventions du Programme Alimentaire Nutritionnel à Base Communautaire dans le Mono et le Couffo, on peut dire que des progrès sensibles ont été réalisés. Ainsi :

- **l'initiation à l'allaitement maternel** dans les huit heures qui suivent l'accouchement a connu une amélioration, de même que la pratique de **l'allaitement maternel exclusif**. Cette amélioration très significative statistiquement entre les deux périodes ne saurait pas être imputée entièrement au programme PBC si l'on sait que l'analyse comparative entre les femmes participantes et celles qui ne participent ne dégage pas une différence significative.
- **Pour le suivi de croissance**, la proportion des enfants pesés les deux mois précédents l'enquête à été multipliée par 4 entre 1998 et 2001. Dès lors que la promotion et le suivi de croissance constituent l'activité principale du programme, ce résultat est un indicateur direct de succès du PAN/PBC.
- la pratique de l'alimentation des mères lors des épisodes diarrhéiques des enfants s'est nettement améliorée quand bien même, on ne saurait faire une différence entre la pratique des mères qui participent et celles qui ne participent pas. Une formulation des messages et une révision de la boîte à images s'avère nécessaire.

Au niveau des connaissances des mères, il est apparu des progrès très sensibles depuis 1998.

En somme, on peut dire que les résultats obtenus montrent que les pratiques et les connaissances des mères ont connu d'amélioration. Certes, certains objectifs n'ont pas été atteints mais les résultats obtenus sont encourageants. Le changement de comportement visé étant induit par des facteurs endogènes et exogènes au programme, seule la conjugaison des efforts de tous les intervenant dans le domaine de la santé et nutrition communautaire, et la prise de conscience des communautés permettront à terme un changement durable. Dans ce sens une collaboration plus étroite avec les services de santé a été suggérée pour l'harmonisation des messages et surtout la consolidation les acquis.